

نموذج شكوى احتيال بيع تأمين صحي المعلومات التفصيلية للشكوى

(1) ما هو العرض المقدم من الشركة؟

(2) هل حصلت على الخدمة المقدمة في العرض: نعم لا

(3) هل تعتقد أن الشركة قدمت بيانات غير صحيحة: نعم لا

(4) ما هي البيانات غير الصحيحة من وجهة نظرك:

(5) هل قمت بدفع أية مبالغ للشركة: نعم لا

لو كانت الإجابة بنعم، فكم قيمة المبالغ التي دفعتها:

وما هي طريقة الدفع:

(6) متى كان أول اتصال تم من قبل الشركة:

(7) وماذا كان رد فعلك في البداية:

(8) ما هي طريقة الاتصال:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> عبر الهاتف | <input type="checkbox"/> بمكتب الطبيب أو الصيدلي أو المستشفى |
| <input type="checkbox"/> عبر البريد الإلكتروني | <input type="checkbox"/> عن طريق الإعلان - يرجى وصف المحتوى والموقع |
| <input type="checkbox"/> في المنزل | <input type="checkbox"/> غير ذلك - وضح |

(9) هل قمت بالتوقيع على أي مستند للشركة: نعم لا

(10) هل قمت بتزويد الشركة بأية معلومات شخصية أو مالية: نعم لا

(11) يرجى كتابة أية وكالة أو كيان قمت بالاتصال به لمساعدتك

(12) ما الذي تريده أو تحتاجه أو تتوقعه كي تحل هذه المشكلة:

معلومات إضافية

يرجى تزويدنا بأية معلومات إضافية تخص تجربتك بما في ذلك معلومات عن الشركة والعرض المقدم منها إليك، وهل حصلت على الخدمات الموجودة في العرض أم لا.

معلومات العميل

يرجى تزويدنا بمعلومات الاتصال الخاصة بك كي نتمكن من الاتصال بك للحصول على مزيد من المعلومات المتعلقة بالشكوى في حالة الضرورة.

الاسم الأول _____ الاسم الأخير _____
العنوان البريدي _____
المدينة _____ الدولة _____ الرمز البريدي _____
رقم الهاتف (الصبحي) _____ رقم الهاتف (المسائي) _____
البريد الإلكتروني _____

معلومات الشركة

يرجى تزويدنا بالمعلومات التي تعرفها عن الشركة

اسم الشركة _____
العنوان البريدي _____
المدينة _____ الدولة _____ الرمز البريدي _____
رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____
الموقع _____
اسم ممثل الشركة _____
وظيفة ممثل الشركة _____
رقم الهاتف _____ البريد الإلكتروني _____
كيف وصف ممثل الشركة عملية الاندماج الخاصة به (على سبيل المثال، الخطة – التغطية بكاليفورنيا – البرنامج الحكومي .. الخ)

13) هل لديك أية مستندات مرسله إليك من الشركة

نعم لا

في حالة وجود مستندات من الشركة تتعلق بشكواك، يرجى إرفاق نسخة منها مع هذا النموذج.

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية (القسم) مساعدتي في شكواي، وأثق تمام الثقة أن القسم أمين على المعلومات الشخصية الخاصة بي، كما أنني على يقين بأن القسم سيقوم بالتحقيق في الشكوى وفقاً لاختصاصها ومن ثم ستقوم بالاتصال بي. في حالة ملاءمة الشكوى، سيقوم القسم بإحالتها إلى تغطية كاليفورنيا، قسم التأمين أو أي وكالة أخرى لمراجعتها.

التوقيع:

التاريخ:

التعليمات:

لتقديم نموذج شكوى احتيالي عبر البريد أو الفاكس:

1. قم بملء النموذج والتوقيع عليه. إذا كنت تحتاج إلى مساحة إضافية لإتمام إجابتك، يمكنك إرفاق ورقة منفصلة.
2. قم بإرفاق نسخ الخطابات أو المستندات الأخرى التي تعتقد أنها تتعلق بالشكوى، وقم بإرسال صور من تلك المستندات (ليس المستندات الأصلية)، حيث إن مركز المساعدة لن يقوم بإرجاع أية مستندات.
3. قم بإرسال هذا النموذج وصور المستندات عن طريق الفاكس أو البريد على العنوان التالي:

Help Center

Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

فاكس: 916-255-5241

للإجابة على الأسئلة المتعلقة بنموذج شكوى الاحتيال، يرجى الاتصال بمركز المساعدة على الرقم المجاني 1-888-466-2219 أو على الرقم 1-877-688-9891.